0.a. Objectif

Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

0.b. Cible

Cible 3.8 : Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable.

0.c. Indicateur

Indicateur 3.8.1 : Couverture des services de santé essentiels

0.e. Mise à jour des métadonnées

Dernière mise à jour : Mars 2020

0.f. Indicateurs connexes

Indicateurs connexes en date de février 2020

L'indice de couverture des services de l'UHC est conçu pour résumer les indicateurs existants de la couverture des services de santé afin d'assurer l'uniformité avec les ODD et d'autres initiatives mondiales et de réduire le fardeau des doubles emplois et des rapports. À l'heure actuelle, deux autres indicateurs des ODD sont inclus dans l'indice (3.a.1 et 3.d.1).

L'indicateur 3.8.1 doit toujours être interprété avec l'autre indicateur UHC des ODD, 3.8.2, qui mesure la protection financière.

0.g. Organisation(s) internationale(s) responsable(s) de la surveillance mondiale

Informations institutionnelles

Organisation(s) :

Organisation mondiale de la santé (OMS)

2.a. Définition et concepts

Concepts et définitions

Définition :

Couverture des services de santé essentiels (définis comme la couverture moyenne des services essentiels basée sur des interventions de traçage qui incluent la santé reproductive, maternelle, néonanique et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles et la capacité et l'accès aux services, parmi la population générale et la population la plus défavorisée).

L'indicateur est un indice rapporté sur une échelle unitaire de 0 à 100, qui est calculée comme la moyenne géométrique de 14 indicateurs traceurs de la couverture des services de santé.

Concepts :

L'indice de la couverture des services de santé est calculé comme le moyen géométrique de 14 indicateurs traceurs. Les 14 indicateurs sont énumérés ci-dessous et des métadonnées détaillées pour chacun des composants sont données en ligne (http ://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/UHC_Tracer_Indicators_Metadata.pdf) et à l'annexe 1. Les indicateurs traceurs sont les suivants, organisés par quatre grandes catégories de couverture des services :

I. Santé reproductive, maternelle, néonazaine et infantile

1. **Planification familiale** : Pourcentage de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) mariées ou en union qui ont besoin d'une planification familiale satisfaite des méthodes modernes

2. **Soins de grossesse et d'accouchement** : Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant accouché en direct au cours d'une période donnée qui ont reçu des soins prénatals quatre fois ou plus

3. **Vaccination des enfants** : Pourcentage de nourrissons recevant trois doses de diphtérie-tétanos-coqueluche contenant du vaccin

4. **Traitement de l'enfant** : Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints d'une pneumonie présumée (toux et respiration difficile NON en raison d'un problème dans la poitrine et le nez obstrué) dans les deux semaines précédant l'enquête menée dans un établissement de santé ou un fournisseur approprié.

II. Maladies infectieuses

5. **Tuberculosis** : Pourcentage de cas de tuberculose incidents détectés et traités avec succès

6. **VIH/SIDA** : Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui reçoivent actuellement un traitement antirétroviral

7. **Malaria** : Pourcentage de la population dans les zones d'endémie palustique qui dormaient sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente (seulement pour les pays où le fardeau du paludisme est élevé)

8. **Eau et assainissement** : Pourcentage de ménages utilisant au moins des installations sanitaires de base

III. Maladies non transmissibles

9. **Hypertension** : Prévalence normalisée selon l'âge de la pression artérielle non élevée (tension artérielle systolique <140 mm Hg ou pression artérielle diastolique <90 mm Hg) chez les adultes âgés de 18 ans et plus

10. **Diabète** : Glucose plasmatique moyen à jeun normalisé par âge (mmol/L) pour les adultes âgés de 18 ans et plus

11. **Tabac** : Prévalence normalisée selon l'âge des adultes >=15 ans ne fumant pas de tabac au cours des 30 derniers jours (indicateur des ODD 3.a.1, métadonnées disponibles ici)

IV. Capacité de service et accès

12. **Accès à l'hôpital** : Lits d'hôpital par habitant, par rapport à un seuil maximum de 18 pour 10 000 habitants

13. **Personnel de santé** : Professionnels de la santé (médecins, psychiatres et chirurgiens) par habitant, par rapport aux seuils maximaux pour chaque cadre (chevauchement partiel avec l'indicateur des ODD 3.c.1, voir métadonnées ici)

14. **Sécurité sanitaire** : Indice de capacité de base du Règlement sanitaire international (RSI), qui est le pourcentage moyen d'attributs de 13 capacités de base qui ont été atteints (indicateur des ODD 3.d.1, voir métadonnées ici)

3.a. Sources de données

Sources de données

Description :

Bon nombre des indicateurs traceurs de la couverture des services de santé sont mesurés par des enquêtes auprès des ménages. Cependant, les données administratives, les données des établissements, les enquêtes sur les établissements et les systèmes de surveillance sentinelle sont utilisés pour certains indicateurs. Les sources de données sous-jacentes pour chacun des 14 indicateurs traceurs sont expliquées plus en détail à l'annexe 1.

En termes de valeurs utilisées pour calculer l'indice, les valeurs sont tirées de sources publiées existantes. Cela comprend des ensembles de données assemblés et des estimations de diverses agences des Nations Unies. Ceci est résumé dans le lien ci-dessus.

3.b. Méthode de collecte des données

Processus de collecte :

Les mécanismes de collecte de données auprès des pays varient d'un pays à l'autre, mais dans de nombreux cas, une agence des Nations Unies ou un groupe interinstitutions a rassemblé et analysé des sources de données nationales pertinentes, puis a mené une consultation officielle avec les gouvernements des pays pour examiner ou produire des estimations comparables par pays. Pour l'indice UHC de couverture des services, une fois que ces informations existantes sur les 14 indicateurs traceurs sont rassemblées, l'OMS mène une consultation par pays avec les points focaux proposés par les gouvernements nationaux pour examiner les intrants et le calcul de l'indice. L'OMS n'entreprend pas de nouvelles activités d'estimation pour produire des valeurs d'indicateurs traceurs pour l'indice de couverture des services ; l'indice est plutôt conçu pour utiliser les séries de données d'indicateurs existantes et bien établies afin de réduire le fardeau des rapports.

3.c. Calendrier de collecte des données

Calendrier

Collecte de données :

La collecte de données varie de 1 à 5 ans selon les indicateurs de suivi. Par exemple, les données nationales sur la vaccination et le traitement du VIH sont communiquées chaque année, tandis que des enquêtes auprès des ménages pour collecter des informations sur le traitement des enfants peuvent avoir lieu tous les 3 à 5 ans, selon le pays. De plus amples détails sur les indicateurs traceurs individuels sont disponibles à l'annexe 1.

3.d. Calendrier de diffusion des données

Publication des données :

La première publication des valeurs de référence de l'indice de couverture des services de la CSU a eu lieu en décembre 2017. On prévoit qu'une mise à jour sera publiée en septembre 2019.

3.e. Fournisseurs de données

Fournisseurs de données

Dans la plupart des cas, les ministères de la Santé et les Bureaux nationaux de la statistique supervisent la collecte de données et les rapports sur les indicateurs de couverture des services de santé.

3.f. Compilateurs des données

Compilateurs de données

L’Organisation mondiale de la Santé, en s’appuyant sur les contributions d’autres organismes internationaux.

4.a. Justification

Justification :

L’objectif 3.8 est défini comme « Parvenir à une couverture sanitaire universelle, y compris la protection des risques financiers, l’accès à des services de santé essentiels de qualité et l’accès à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et abordables pour tous ». Le problème est que toutes les personnes et toutes les communautés reçoivent les services de santé de qualité dont elles ont besoin (y compris les médicaments et autres produits de santé), sans difficultés financières. Deux indicateurs ont été choisis pour surveiller l’objectif 3.8 dans le cadre des ODD. L’indicateur 3.8.1 porte sur la couverture

des services de santé et l'indicateur 3.8.2 met l'accent sur les dépenses de santé par rapport au budget d'un ménage afin d'identifier les difficultés financières causées par les paiements directs de soins de santé. Pris dans leur ensemble, les indicateurs 3.8.1 et 3.8.2 visent à saisir les dimensions de la couverture des services et de la protection financière, respectivement, de l'objectif 3.8. Ces deux indicateurs doivent toujours être surveillés conjointement.

Les pays fournissent de nombreux services essentiels pour la protection de la santé, la promotion, la prévention, le traitement et les soins. Les indicateurs de la couverture des services – définis comme les personnes qui reçoivent le service dont elles ont besoin – sont le meilleur moyen de suivre les progrès réalisés dans la prestation de services dans le cadre de la couverture sanitaire universelle (UHC). Étant donné qu'un seul indicateur des services de santé ne suffit pas pour la surveillance du CSE, un indice est construit à partir de 14 indicateurs traceurs sélectionnés en fonction de critères épidémiologiques et statistiques. Cela comprend plusieurs indicateurs qui sont déjà inclus dans d'autres cibles des ODD, réduisant ainsi au minimum le fardeau de la collecte et de la production de rapports de données. L'indice est rapporté sur une échelle unitaire de 0 à 100, dont 100 sont la valeur optimale.

4.b. Commentaire et limites

Commentaires et limites :

Ces indicateurs traceurs sont censés indiquer la couverture des services, et non une liste complète ou exhaustive des services de santé et des interventions nécessaires à la couverture sanitaire universelle. Les 14 indicateurs traceurs ont été sélectionnés parce qu'ils sont bien établis, et les données disponibles sont largement rapportées par les pays (ou devraient bientôt être largement disponibles). Par conséquent, l'index peut être calculé avec les sources de données existantes et ne nécessite pas d'entreprendre de nouveaux efforts de collecte de données uniquement pour informer l'index.

4.c. Méthode de calcul

Méthodologie

méthode de calcul :

L'indice est calculé avec des moyens géométriques, basés sur les méthodes utilisées pour l'indice de développement humain. Le calcul de l'indicateur 3.8.1 nécessite d'abord de préparer les 14 indicateurs traceurs afin qu'ils puissent être combinés dans l'indice, puis de calculer l'indice à partir de ces valeurs.

Les 14 indicateurs traceurs sont d'abord placés sur la même échelle, 0 étant la valeur la plus basse et 100 étant la valeur optimale. Pour la plupart des indicateurs, cette échelle est l'échelle naturelle de mesure, par exemple, le pourcentage de nourrissons vaccinés varie de 0 à 100 p. 100. Toutefois, pour quelques indicateurs, un recalage supplémentaire est nécessaire pour obtenir des valeurs appropriées de 0 à 100, comme suit :

- Réalisation basée sur un minimum non nul pour obtenir une résolution plus fine (ceci "stretches" la répartition entre les pays): la prévalence de la pression artérielle non élevée et la prévalence de la non-consommation de tabac sont toutes deux recalées en utilisant une valeur minimale de 50%.
    - récalé = (X-50)/(100-50)*100
- Réalisation pour une mesure continue : le glucose plasmatique à jeun moyen, qui est une mesure continue (unités de mmol/L), est converti en une échelle de 0 à 100 en utilisant le risque biologique théorique minimum (5,1 mmol/L) et observé au maximum dans tous les pays (7,1 mmol/L).
    - récalé = (7,1 - valeur originale)/(7,1-5,1)*100

- Maximum pour les indicateurs de taux : la densité des lits d'hôpital et la densité du personnel de santé sont tous deux plafonnés à des seuils maximaux, et les valeurs supérieures à ce seuil sont maintenues constantes à 100. Ces seuils sont basés sur les valeurs minimales observées dans les pays de l'OCDE.
    - lits d'hôpital à l'échelle inférieure pour 10 000 = minimum (100, valeur originale / 18*100)
    - rescaled médecins pour 1 000 = minimum (100, valeur originale / 0,9*100)
    - rescaled psychiatres pour 100.000 = minimum (100, valeur originale / 1*100)
    - rescaled surgeons per 100,000 = minimum (100, valeur originale / 14*100)

Ce que toutes les valeurs des indicateurs traceurs sont sur une échelle de 0 à 100, les moyens géométriques sont calculés dans chacun des quatre domaines des services de santé, puis une moyenne géométrique est prise de ces quatre valeurs. Si la valeur d'un indicateur traceur se trouve être nulle, il est réglé à 1 (sur 100) avant de calculer la moyenne géométrique. Le diagramme suivant illustre les calculs.

4.f. Traitement des valeurs manquantes (i) au niveau national (ii) au niveaux régional

Traitement des valeurs manquantes :

- ***Au niveau national :***

Le point de départ de l'informatique de l'index est d'assembler les informations existantes pour chaque indicateur traceur. Dans de nombreux cas, il s'agit d'utiliser des séries de temps par pays qui ont été produites ou rassemblées par les agences des Nations Unies en consultation avec les gouvernements des pays (p. ex., couverture vaccinale, accès à l'assainissement, couverture du traitement du VIH, etc.). Certaines de ces séries de temps publiées impliquent une modélisation mathématique pour réconcilier plusieurs sources de données ou imputer les valeurs manquantes, et ces détails sont résumés à l'annexe 1.

Après avoir rassemblé ces intrants, il manque encore des valeurs pour certaines années par pays pour certains indicateurs. Le calcul de l'indice UHC de couverture des services nécessite des valeurs pour chaque indicateur traceur pour un pays, de sorte qu'une certaine imputation est nécessaire pour combler ces lacunes de données. L'approche actuelle implique un algorithme d'imputation simple. Pour chaque indicateur :

-
    - Si un pays a des valeurs manquantes entre deux ans avec des valeurs, l'interpolation linéaire est utilisée pour remplir les valeurs manquantes pour les années intermédiaires
    - Si un pays a des années historiques avec des valeurs, mais aucune valeur actuelle, l'extrapolation constante est utilisée pour remplir les valeurs manquantes à l'année en cours
    - Si un pays n'a pas de valeurs, une valeur est imputée. Pour la recherche de soins et la densité des chirurgiens en cas de pneumonie, une régression est apte à imputer les valeurs manquantes (voir l'annexe 1 pour plus de détails). Pour tous les autres indicateurs, une médiane régionale est calculée pour imputer les valeurs manquantes. Les régions sont basées sur les régions géographiques de la Banque mondiale, avec un groupe distinct de pays traditionnels à revenu élevé[1]

Compte tenu du calendrier et de la distribution de diverses enquêtes sur la santé et d'autres mécanismes de collecte de données, les pays ne recueillent pas et ne font pas rapport sur les 14 indicateurs traceurs de la couverture des services de santé sur une base annuelle. En outre, la surveillance au niveau des pays se fait le mieux à des intervalles de temps plus larges, par exemple tous les cinq ans, afin de permettre la collecte de nouvelles données entre les indicateurs. Par conséquent, la mesure dans laquelle l'imputation a été utilisée pour remplir les informations manquantes doit être communiquée avec la valeur de l'indice.

- ***Aux niveaux régional et mondial :***

Toute imputation nécessaire se fait au niveau des pays. Ces valeurs nationales peuvent ensuite être utilisées pour calculer les valeurs régionales et mondiales.

---

[1] Argentine, Australie, Autriche, Belgique, Brunei Darussalam, Canada, Chili, Chypre, Czechia, Danemark, Estonie, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Islande, Irlande, Israël, Italie, Japon, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pologne, Portugal, République de Corée, Singapour, Slovaquie, Slovénie, Espagne, Suède, Suisse, Royaume-Uni, États-Unis d'Amérique, Uruguay ↑

4.g. Agrégations régionales

Agrégats régionaux :

Les agrégats régionaux et mondiaux sont calculés en utilisant la taille de la population nationale pour calculer une moyenne pondérée des valeurs spécifiques au pays pour l'indice. Cela se justifie par le fait que la CSU est une propriété des pays et que l'indice des services essentiels est une mesure sommaire de l'accès aux services essentiels pour la population de chaque pays.

5. Disponibilité des données et désagrégation

Disponibilité des données

Description :

Résumer la disponibilité des données pour l'indice de couverture des services de CSU n'est pas simple, car différentes sources de données sont utilisées pour les 14 indicateurs traceurs. En outre, pour de nombreux indicateurs, des estimations comparables ont été produites, dans de nombreux cas en s'appuyant sur différents types de sources de données sous-jacentes pour éclairer les estimations tout en utilisant également des projections pour imputer les valeurs manquantes. Sur la base des sources de données sous-jacentes pour chacun des indicateurs traceurs (c'est-à-dire en ignorant les estimations et les projections), la proportion moyenne d'indicateurs utilisés pour calculer l'indice avec les données sous-jacentes disponibles depuis 2010 est d'environ 70% dans l'ensemble des pays.

Séries chronologiques :

Une valeur de référence de l'indice de couverture des services de CSU pour 2015 dans 183 pays a été publiée fin 2017. Dans le cadre de ce processus, des sources de données remontant à 2000 ont été rassemblées. En 2019, il est prévu de publier une série chronologique de 2000 à 2017.

Désagrégation :

L'équité est au cœur de la définition de la CSU, et par conséquent, l'indice de couverture des services de CSU devrait être utilisé pour communiquer des informations sur les inégalités de couverture des services dans les pays. Cela peut être fait en présentant l'indice séparément pour la population nationale par rapport aux populations défavorisées afin de mettre en évidence les différences entre elles.

Pour les pays, l'emplacement géographique est probablement la dimension la plus réalisable pour la désagrégation infranationale basée sur les niveaux de couverture moyens mesurés avec les sources de

données existantes. Pour ce faire, l'indice de CSU peut être calculé séparément, par exemple, par province ou résidence urbaine vs rurale, ce qui permettrait des comparaisons infranationales de la couverture des services. À l'heure actuelle, les données les plus facilement disponibles pour la ventilation sur d'autres dimensions de l'inégalité, telles que la richesse des ménages, concernent les indicateurs de couverture dans la catégorie des services de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile. Les inégalités observées dans cette dimension peuvent être utilisées comme approximation pour comprendre les différences de couverture des services entre les dimensions clés de l'inégalité. Cette approche devrait être remplacée par une désagrégation complète des 14 indicateurs traceurs une fois que les données seront disponibles pour ce faire.

6. Comparabilité / Dérogation des normes internationales

Sources des écarts :

L'indice de couverture des services s'appuie sur des données et des estimations disponibles publiquement pour les indicateurs de suivi. Ces chiffres ont déjà fait l'objet d'un processus de consultation dans le pays (par exemple, pour la couverture vaccinale) ou sont tirés directement des données déclarées par le pays.

7. Références et documentation

Références

URL:

http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/fr/

Références :

http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/fr/

http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/fr/

Pour le développement historique des méthodes, voir :

http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/UHC_WHS2016_TechnicalNote_May2016.pdf?ua=1 (remplacé par ce document)

http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/fr/

http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2014/fr/

http://collections.plos.org/uhc2014

Annexe 1 : Métadonnées pour les indicateurs traceurs utilisés pour mesurer la couverture des

services de santé essentiels pour la surveillance de l’indicateur des ODD 3.8.1.

Please envoyer des commentaires ou des requêtes à : uhc_stats@who.int

tracer	planification familiale
indicateur	Percentage des femmes en âge de procréer (15 et #x2212;49 ans) mariées ou en union qui ont besoin d’une planification familiale satisfaite des méthodes modernes.
Numérateur	Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans mariées ou en union qui utilisent des méthodes modernes
Denominator	nombre total de femmes âgées de 15 à 49 ans mariées ou en union qui ont besoin de planification familiale
Principales sources de données	de santé basées sur la population
Method de mesure	household comprennent une série de questions visant à mesurer le taux de prévalence de la contraception moderne et la demande de planification familiale. La demande totale de planification familiale est définie comme la somme du nombre de femmes en âge de procréer (15 et #x2013;49 ans) qui sont mariées ou en union et qui utilisent actuellement, ou dont le partenaire sexuel utilise actuellement, au moins une méthode contraceptive, et le besoin non satisfait de planification familiale. Le besoin non satisfait de planification familiale est la proportion de femmes en âge de procréer (15 et #x2013;49 ans) mariées ou en union consensuelle, qui sont fécondes et sexuellement actives mais qui n’utilisent aucune méthode de contraception (moderne ou traditionnelle), et qui déclarent ne plus vouloir d’enfants ou vouloir retarder la naissance de leur prochain enfant pendant au moins deux ans. Inclus sont: toutes les femmes enceintes (mariées ou en union consensuelle) dont les grossesses n’étaient pas désirées ou mal planifiées au moment de la conception ; toutes les femmes aménorrhoeic post-partum (mariées ou en union consensuelle) qui n’ont pas recours à la planification familiale et dont la dernière naissance n’a pas été désirée ou mal toutes les femmes fécondes (mariées ou en union consensuelle) qui ne sont ni enceintes ni post-partum aménorrhoeic, et qui soit ne veulent plus d’enfants (veulent

	limiter la taille de la famille), ou qui souhaitent reporter la naissance d'un enfant pendant au moins deux ans ou ne savent pas quand ou si elles veulent un autre enfant (veulent espacer les naissances), mais n'utilisent aucune méthode contraceptive. Les méthodes modernes incluent la stérilisation féminine et masculine, le dispositif intra-utérin (DIU), l'implant, les injectables, les pilules contraceptives orales, les préservatifs masculins et féminins, les méthodes de barrière vaginale (y compris le diaphragme, le cap cervical et la mousse spermicide, la gelée, la crème et l'éponge), la méthode de l'aménorrhée lactationnelle (LAM), la contraception d'urgence et d'autres méthodes modernes non déclarées séparément.
Method de l'estimation	La Division de la population des Nations Unies produit une série systématique et exhaustive d'estimations annuelles et de projections du pourcentage de la demande de planification familiale qui est satisfaite chez les femmes mariées ou en union. Un modèle hiérarchique bayésien combiné à des données spécifiques à chaque pays